

JULIANO BALSINI DE MOURA FERRO

**CRISES PSICOGÊNICAS: UM ESTUDO CLÍNICO E
EPIDEMIOLÓGICO.**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal De Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS

1998

JULIANO BALSINI DE MOURA FERRO

**CRISES PSICOGÊNICAS: UM ESTUDO CLÍNICO E
EPIDEMIOLÓGICO.**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal De Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

Coordenador do Curso: Dr. Edson José Cardoso

Orientador: Dr. Paulo César Trevisol Bittencourt

FLORIANÓPOLIS

1998

AGRADECIMENTOS

Por meio deste espaço, expresso meus sinceros agradecimentos para todos aqueles que de uma forma ou de outra contribuíram para a realização deste trabalho. Em especial, agradeço ao Professor Paulo César Trevisol Bittencourt que prontamente aceitou a função de orientador deste trabalho, e assim o fez de maneira brilhante. Agradeço também aos funcionários da Clínica Multidisciplinar de Epilepsia, que paciente e atenciosamente colaboraram para a coleta dos dados. Por fim, mas não menos importante, agradeço a minha família, que nas horas mais difíceis, estavam sempre dispostos a dar apoio moral.

ÍNDICE

1.Introdução	1
2.Objetivo	4
3.Método	5
4.Resultados	6
5.Discussão	7
6.Conclusão	15
7.Referências	16
Normas	19
Resumo	20
Summary	22

1. INTRODUÇÃO

Freqüentemente pacientes buscam um atendimento médico por *crises*. Apesar de epilepsia ser um problema comum em nossa sociedade, estima-se que muitas destas crises não sejam crises genuinamente epiléticas, mas sim crises psicogênicas¹⁻⁹. Fazer a distinção entre as duas é um dilema comum na prática médica.^{6,10} Isto se deve ao fato de que crises psicogênicas não raramente mimetizam crises epiléticas. Muitas vezes o erro em diagnosticar corretamente uma crise psicogênica ocorre porque os passos elementares para se fazer este diagnóstico não foi corretamente realizado, ou porque o paciente já se apresenta com diagnóstico errado de epilético e não é devidamente examinado, ou ainda a história e o exame neurológico não foram implementados adequadamente.^{3,5,11,12} Deixar de diagnosticar uma crise psicogênica pode rotular o paciente como portador de epilepsia, introduzindo-o a uma terapia desnecessária com drogas anti-epiléticas (D.A.E.s),^{3,5,6,7,12,13} o que na maioria das vezes, além de ineficaz, poderá aumentar as freqüências das crises, bem como agravar psicopatologias latentes.^{1,2,14,15} Por outro lado, estes pacientes acabam por consumir substancial quantidade de recursos médicos, devido suas numerosas visitas à serviços de emergência.⁶ Exemplificando, 70% dos pacientes com crises psicogênicas admitidos em uma unidade médica, estavam fazendo uso de D.A.E.s,¹ e 22% dos pacientes com crises psicogênicas de uma outra unidade, apresentavam toxicidade pelo uso de D.A.E.s.^{11,12} O erro no diagnóstico leva a prescrição de D.A.E.s a estes pacientes, expondo-os aos efeitos colaterais da medicação. Mais importante ainda, os priva de uma intervenção psiquiátrica com potencial de resolução do seu verdadeiro problema.^{2,3} Um outro relevante assunto que devemos ponderar, são as sérias implicações sociais e econômicas advindas

da rotulação de um indivíduo como epiléptico; como por exemplo: restrições para dirigir veículos, exclusão de certos trabalhos, dificuldade e encarecimento para obter seguros, etc.³ Em outro enfoque, não podemos esquecer que embora aparentemente mais raro, subjugar um evento neurogênico como psicogênico também pode acontecer e da mesma forma, prejudica e priva o paciente de um tratamento ideal.¹⁶

Pode-se diferenciar crises epiléticas de psicogênicas até mesmo em suas definições, pois estas são eventos caracterizados por mudanças no comportamento, percepção e atividade motora, que aparentam ser epileptogênicas, mas são de origem funcional^{3,5-8,15} e ao contrário das crises neurogênicas, não há associação com alterações na atividade elétrica cortical.^{1,3,8,13,15,21} Entretanto, um diagnóstico apropriado nem sempre é fácil e muito freqüentemente requer uma criteriosa e prolongada observação clínica, e muitas vezes, somente o recurso de video-telemetria poderá estabelecê-lo com precisão.

Postula-se que crises psicogênicas manifestam-se como um sintoma de conversão, ocorrendo quando o indivíduo não consegue administrar situações de stress.^{1-3,5-8,14} Alguns trabalhos demonstram que estas crises surgem em indivíduos com distúrbios psiquiátricos prévios, tais como ansiedade, depressão, esquizofrenia e personalidade obsessiva-compulsiva.^{1,5-8,10} Além disso, trauma sexual parece ser importante para o desenvolvimento de crises psicogênicas. Estudos reportados apresentam uma taxa de 10 à 25% de ocorrência de abuso sexual em pacientes com crises psicogênicas.^{3,5-9} Além disso, sabe-se que muitos pacientes com crises psicogênicas, provém de famílias caóticas⁷ e o estilo de vida contemporâneo com stress diário, ansiedade e depressão, atingem a muitas pessoas da sociedade moderna. Por isso não é difícil de se prever, que a taxa de pessoas com crises psicogênicas deve aumentar nos próximos anos.

Tendo em vista esse panorama social, realizou-se este estudo pioneiro em nosso Estado. Ele enfoca um tema que faz parte do cotidiano da prática médica e que quando mal conduzido, produzirá graves conseqüências no paciente, com repercussões na sociedade. Desta maneira nosso estudo tenta contribuir, avaliando os dados clínico-epidemiológicos de pacientes com esta condição, atendidos em uma clínica multidisciplinar pública de referência regional. Em complementação, uma revisão extensa da literatura é também apresentada. Enfim, nosso objetivo maior é de fornecer informações úteis para uma identificação precisa de pacientes com crises psicogênicas, e deste modo, contribuir para uma atenuação das suas dificuldades existenciais.

2. OBJETIVOS

1. Quantificar o percentual de indivíduos com crises psicogênicas atendidos em uma Clínica Multidisciplinar de Epilepsia de referência regional.
2. Levantar detalhes clínico-epidemiológicos dos pacientes identificados com esta condição.
3. Revisão da literatura pertinente e comparar seus dados com aqueles que foram obtidos em nossa investigação.
4. Sugerir condutas para um manejo do problema.

3. MÉTODO

Este é um trabalho retrospectivo, transversal, realizado na Clínica Multidisciplinar de Epilepsia (C.M.E) do S.U.S., localizada na a Policlínica Regional 1, da cidade de Florianópolis/ Santa Catarina. Ela funciona com um médico neurologista, o qual é o responsável, uma psicóloga, uma enfermeira, uma assistente social e um secretário. Nela são atendidos pacientes encaminhados de todas regiões do estado, com o diagnóstico ou suspeita de epilepsia. Excepcionalmente pacientes com outras condições neurológicas também são atendidos. A clínica tem facilidade de requisitar diversos recursos neurofisiológicos e de neuro-imagem, porém, vídeo-telemetria ainda não é disponível.

Foram separados inicialmente 1033 prontuários com diagnóstico de ataques, não importando qual a sua etiologia. Em uma segunda análise foram excluídos todos aqueles com diagnóstico de crises febris e secundárias a transtornos metabólicos ou cardíacos. Por fim foram analisados somente aqueles com diagnóstico já estabelecido de crises psicogênicas, eliminando-se os casos duvidosos. As variáveis pesquisados foram: o número de indivíduos acometidos, o sexo, a idade, a idade em que as crises se iniciaram, história de abuso sexual e distúrbios emocionais(depressão, ansiedade, melancolia, morte) laudo de EEG e tomografia computadorizada (quando realizada) e o uso de D.A.Es . Os dados obtidos foram processados no programa EPI INFO 6.0.

4.RESULTADOS

Dos 1033 prontuários avaliados na C.M.E do S.U.S, 94 tinham o diagnóstico de crises psicogênicas, equivalendo a 9,1% deste total. O número de casos envolvendo o sexo feminino foi 77 (82%), enquanto o sexo masculino foi 17 (18%). Foram encontrados pacientes de 5 à 74 anos de idade, com média de 39,1. A idade de início das crises ficou entre 5 e 57 anos e média de 22 anos. Na pesquisa de história de abuso sexual e distúrbios emocionais, 43 (45,7%) pacientes apresentavam algum destes itens, sendo que 40 (42,5%) tinham história de distúrbios emocionais, 8 (8,5%) abuso sexual. Deve se ressaltar que apenas 35 pacientes tinham distúrbios emocionais , 3 abuso sexual e isoladamente, mas 5 apresentavam abuso sexual e distúrbios emocionais . Dos 45 pacientes, apenas 1 havia feito tentativa de suicídio no passado. Quando investigado alterações no EEG e tomografia computadorizada, encontraram-se 49 que haviam feito EEG, destes 40 (72,7%) estavam normal e 9 (18,4%) apresentavam alguma alteração. Já a tomografia de crânio foi realizada por 33 pacientes antes de admissão na clínica, com 24 (72,7%) laudos normais, 6 (18,2%) com diagnóstico de neurocisticercose e 3 (9.1%) com outras alterações. Dos 94 pacientes separados, 46 (47,9%) estavam utilizando ou já haviam utilizado algum tipo de droga anti-epiléptica.

5. DISCUSSÃO

Crises psicogênicas foram mais frequentes do que se imaginava previamente. Nosso estudo mostrou que 9,1% dos pacientes atendidos na Clínica Multidisciplinar de Epilepsia (C.M.E.) do SUS, apresentavam crises psicogênicas. A maioria dos trabalhos publicados relatam uma incidência de 5 à 20% dos casos tratados como epilepsia.^{1,3,5-7,9} Porém, existem centros de referência em tratamento de epilepsia, que revelam uma incidência de 10 á 40% dos casos e um mostrou a cifra expressiva de 44% em casos de epilepsias supostamente refratárias a terapêutica.^{3,5} A taxa encontrada por nós não foi tão elevada quanto estas citadas acima, provavelmente pelo fato deste não ser um centro regional para o tratamento de epilepsia, mas sim uma clínica ambulatorial. Em tais centros, pacientes com crises de difícil controle são enviados e sabidamente muitos deles com *epilepsias refratárias* ao tratamento medicamentoso, terão crises psicogênicas como única modalidade de crise.¹⁶ É provável também que a ausência de video-telemetria como recurso diagnóstico, tenha contribuído para tal fato, visto que em alguns pacientes da C.M.E esta possibilidade permanece sendo interrogada. Logo, seria de supor que nossa casuística é mínima em função desta limitação.

Quanto ao sexo, o feminino foi o mais acometido, 82% das vezes. A prevalência do sexo feminino já foi descrita por outros autores, com taxas variando entre 70 e 80% dos casos.^{1,3,5,6,9,17,19} Um outro estudo refere uma cifra de 95% de mulheres acometidas.^{3,5} A causa dessa prevalência feminina, necessita ser melhor analisada; entretanto, ela sugere que mulheres seriam mais sensíveis

aos insultos psicológicos do cotidiano. Interroga-se também a participação de fatores culturais relacionados com opressão do *sexo frágil*.³

Pesquisando-se a idade dos pacientes, verificou-se uma variação dos 5 aos 74 anos, com uma média de 39,1 anos. Observamos descrições de casos, principalmente entre 15 e 35 anos,^{1,9,18} Saygi et al²⁰ e Lesser⁷ encontraram casos entre 4 e 71 anos e entre 4 e 77anos respectivamente. A média de idade que encontramos de 39,1 anos, ficou próxima de algumas relatadas, como 38,2²⁰ e 36,3,¹⁸ embora esta, seja mais comum em torno dos 30 anos.^{2,3,8,11,15,17} Acredita-se que sua ocorrência diminua perto da terceira década de vida, tornando-se rara após a quinta década.^{3,6} Observou-se que a idade em que as crises iniciaram, variou de 5 à 57 anos, com média de 22 e Lelliott e Fenwick¹⁷ apresentam pacientes com início das crises entre 1 e 35 anos, média de 17,5.. Os extremos de idades encontrados neste estudo, apesar de estarem dentro dos valores descritos na literatura, provavelmente se devem a não atualização dos prontuários, visto que muitos pacientes não fazem um seguimento médico adequado, muitas vezes desaparecendo após as primeiras consultas, ficando assim difícil de se conseguir dados mais precisos.

Por outro lado, existe uma forte correlação entre crises psicogênicas e abuso sexual.^{3,5-9} Pesquisas anteriores descrevem pacientes que relataram história de abuso sexual em uma frequência de 10 á 25% dos casos.^{3,5,7} Lesser⁷ achou uma taxa de 24% de pacientes com crises psicogênicas e história de abuso sexual, contra 7,1% em pacientes com crises parciais complexas. Em nosso estudo, foi encontrado 8 (8,5%) pacientes com história de abuso sexual. Este índice ficou um pouco abaixo do descrito na literatura. Apesar de ser um problema exaustivamente pesquisado pelos profissionais da C.M.E., questões sobre sexualidade nem sempre são respondidas com sinceridade. Sexo continua um tema tabu, particularmente entre latinos.

Por um outro lado, outros pesquisadores sugeriram que crises psicogênicas poderão ser sintomas de distúrbios emocionais, e na verdade, eventos não epiléticos tem sido associados a situações agudas e crônicas de stress.^{3,5} Foi visto aqui, que 40 (42,5%) dos nossos pacientes queixavam-se de distúrbios emocionais (brigas familiares, problemas conjugais, morte de entes queridos). Apenas 1 paciente relatou tentativa de suicídio. Provavelmente muitas vezes, crises psicogênicas são desencadeadas ou agravadas por situações de stress emocional. Infelizmente, distúrbios neurogênicos,^{2,5,7,15,17} retardo mental ^{1,2} e epilepsia ^{1,3,6,7,10,17,21} também podem ocorrer associadas à crises psicogênicas.

Entretanto, de forma mais específica, as crises psicogênicas caracterizam-se clinicamente por ocorrer só quando o indivíduo está desperto.⁶ Alguns sintomas podem aparecer antes das crises e serem confundido com uma *aura epilética*; ^{6,7} entre eles, dispnéia, mal-estar, odores e gostos, alucinações e distúrbios visuais, entorpecimento, alterações sensoriais periféricas.⁷ Outro fato relevante a ser considerado é que crises psicogênicas costumam ocorrer quando há uma platéia por perto.^{3,13,14} Em relação ao tempo de duração, estima-se que crises psicogênicas demorem mais que uma crise genuinamente epileptica, levando em média de 20 à 805 segundos, contra menos que 90 segundos de crise neurogênica generalizada.^{3,5} Por outro lado, indivíduos com crises neurogênicas tendem a ter um só modelo de crise, enquanto pacientes com crises psicogênicas apresentam vários modelos de crise,^{3,5} e ainda mais significativo, conseguem relembrar o que aconteceu durante a crise. Tal fato não ocorre em pacientes com crises neurogênicas generalizadas,^{3,5-7} onde a amnésia do evento é regra. Outro ponto é que após crises psicogênicas não há confusão mental.^{1-3,5-7,22} O fenômeno motor incluem movimentos e posturas tônicos, movimentos repetitivos, ausência de movimentos e aparente perda de tônus, características estas últimas, mais comuns.^{3,7,11}

De maneira geral pode se dividir a crise psicogênica em dois tipos: o primeiro cujo o evento principal é predominantemente motor, mimetizando crises epiléticas generalizadas, e o segundo, em que o evento caracteriza-se por mudança de comportamento, simulando crises parciais complexas e de ausência. Crises psicogênicas apresentam movimentos dos membros assíncronicos e assimétricos, enquanto crises generalizadas tem movimentos tônico-clônicos simétricos e síncronicos¹¹. Movimentos rítmicos da pelve para frente são descritos em 44% das crises psicogênicas.^{1,3,5,11,14,20} Uma resposta extensora do pé (Babinski) é freqüentemente observada em pacientes que tiveram crises neurogênicas generalizadas principalmente nos primeiros cinco minutos após as crises, desaparecendo em vinte à trinta minutos.^{3,5,23} Walczak e Rubinsky²³ compararam-nas com crises psicogênicas, e apontaram ser este sinal raro em pacientes com estas.^{3,5,8,23} Outra característica das crises psicogênicas é o movimento da cabeça de um lado para o outro, com violência e alta amplitude, ao contrario de crises neurogênicas, onde a cabeça desvia-se para um só lado.^{3,5,7,11,20}

Os olhos de um paciente com crises psicogênicas desviam-se do examinador e quando movimentada a cabeça eles mudam de lado. Nas crises neurogênicas os olhos desviam-se para um lado permanecendo nesta posição independentemente da posição do examinador e do movimento da cabeça. As pupilas dilatam-se e ficam irresponsivas a luz nas crises neurogênicas, sendo este achado difícil nas crises psicogênicas, que permanecem responsivas a luz e com reflexo corneal.^{3,5,7,22}

Curiosamente incontinência esfínteriana, auto-agressão e lacerações na língua também poderão ocorrer em crises psicogênicas, mas são incomuns,^{3,5} e quando presentes podem estar associadas a tentativas anteriores de suicídio.^{3,5,7} Algumas manobras podem ser utilizadas para acabar com crises psicogênicas,

como por exemplo, deixar cair o braço do indivíduo sobre sua face (na crise psicogênica ele desviará), mover a cabeça de um lado para o outro observando o movimento dos olhos, fechar a boca e as narinas, utilizar cápsulas da amônia anidra, fazer pressão e fricção com um dedo sobre o esterno, passar um algodão na córnea.^{3,5,11-13} A agressividade embutida em algumas destas manobras é bastante óbvia e por isso médicos verdadeiros, não deveriam se deixar seduzir por recomendações pouco elegantes e poupar estes pacientes de agressões desnecessárias para um correto diagnóstico.

Devemos recordar também que alguns pacientes, podem prolongar suas manifestações motoras, comportamentais e distúrbios respiratórios por mais de trinta minutos sem voltar a consciência plena desenvolvendo um pseudo status epiléptico.^{1,7,19} Confundir um pseudo status epiléptico com o verdadeiro, é uma das causas de maior iatrogenia e de complicações no tratamento de crises psicogênicas. De acordo com Lessser⁷ e Rechelin¹⁹, D.A.E.s são administradas na maioria dos casos de pseudo status epiléptico, e o tratamento freqüentemente resulta em entubação, respiração artificial, internações em unidades de terapia intensiva, septicemia, pneumonias e infecções do trato urinário.^{7,19}

Outra maneira *tecnológica* de se diferenciar crises psicogênicas e epiléticas é através de exames complementares, entre eles, o EEG, a gasometria arterial, o bicarbonato sérico, a prolactina sérica, e o cortisol.^{2,3,5-7,19} Os pacientes com crises tônico-clônicas desenvolvem algum grau de acidose, principalmente se a crise durar mais que sessenta segundos.^{2,3,5} Nas crises psicogênicas o ph permanece normal. O nível de bicarbonato também se altera nas crises neurogênicas, diminuindo sua concentração, e mantendo-se normal nas crises psicogênicas.^{3,5} As taxas de prolactina sérica usualmente aumentam nas crises neurogênicas tônico-clônicas, com pico entre quinze e vinte minutos após a crise.^{1-3,6,16,19} Seu nível fica normal nas crises de ausência, parciais complexas,

crises do lobo temporal e crises psicogênicas.^{3,5,6} A prolactina deve ser colhida após sessenta minutos para mostrar o verdadeiro aumento, visto que sua meia-vida é de vinte dois minutos.^{3,5,6} O cortisol aumenta seus níveis plasmáticos depois de crises neurogênicas generalizadas, e não após crises psicogênicas.^{2,6} O EEG poderá ser útil para o diagnostico diferencial entre crises psicogênicas e crises neurogênicas; porém, deve ser realizado durante a crise e ser normal durante um evento motor com alteração da consciência para descartar uma causa neurogênica do evento.^{1,3,5,7,17,19} Foi pesquisado o número de pacientes da C.M.E que haviam realizado EEG e encontrou-se 49 (52,1%) pessoas. Destas 40 (81,6%) tinham o resultado normal e 9 (18,4%) tinham alguma alteração no seu resultado. Já fora antes observado, pacientes com crises psicogênicas que tinham alterações em seus laudos do EEG.^{6,7,17} Muitas podem ser as causas destas anormalidades, como, o uso de barbitúricos, lesão cortical prévia coincidente, bem como artefatos e variantes normais, que podem ser confundidas com descargas epiléticas.⁷ Outro exame que se pesquisou foi a tomografia computadorizada (TAC), que foi realizada em 33 (35%) pacientes, onde 24 (72,7%) estavam com laudos normais, 6 (18,2%) apresentavam neurocisticercose e 3 (9,1%) estavam com outras alterações. Saygi et al²⁰ e Lelliott¹⁷ também encontraram alterações inespecíficas em TACs de pacientes com crises psicogênicas,^{17,20} sendo que o primeiro relatou uma taxa de 18% dos casos.

Para se fazer o diagnostico diferencial das crises psicogênicas, além das crises generalizadas, deve-se lembrar de crises de ausência, crises parciais complexas, “crises cardíacas”, transtornos metabólicos e principalmente crises do lobo frontal,^{1,6,7,11,14,22} que não costumam provocar alterações no nível de consciência, no EEG⁶ e em exames laboratoriais, podendo também, apresentar manifestações motoras bizarras^{3,5} ou semelhantes as crises psicogênicas. Porém, se diferenciam destas por terem tempo de duração maior, por ocorrerem durante

o sono e por apresentarem uma contração de membros superiores em abdução.^{1,3,7,11,18,20}

Quando admitido na emergência, o paciente com queixa de crise deve ter um manejo cuidadoso, mesmo na suspeita de crise psicogênica. Uma via aérea livre deve ser mantida, respiração e circulação asseguradas. Observa-se as características clínicas da crise. Se for o caso, algumas manobras não estúpidas podem ser efetuadas na tentativa de interromper a crise psicogênica. Gasometria arterial e outros exames laboratoriais buscando alterações metabólicas devem ser requisitados. Lembrar sempre de investigar possíveis intoxicações com D.A.E.s e outros medicamentos. Caso necessário pedir opinião de um neurologista antes de administrar medicação.^{3,5} Deve-se lembrar que muitos pacientes com crises psicogênicas são tratados inapropriadamente com D.A.E.s.^{3,5} Aliás em nosso estudo foi visto que 46 pacientes (47,9%) já haviam utilizado pelo menos um tipo de D.A.E. no passado. Em centros de referência, esta taxa varia de 50 à 69%.^{1,3-5} Como já citado anteriormente, administrar D.A.E. em um paciente com ataques psicogênicos, além de aumentar sua frequência, pode torná-las mais graves, e se apenas 10% das crises psicogênicas estão associadas com crises epilépticas concomitantes, 90% dos pacientes com crises psicogênicas podem ficar sem tratamento com D.A.E.s.^{4,21}

Outro aspecto que deve se chamar a atenção, são para os muitos fatores que interferem no prognóstico de crises psicogênicas. Vários autores comentam que após o diagnóstico muitos pacientes ficam livres de suas crises ou diminuem a frequência de ocorrência, principalmente aqueles que se submetem a terapia psicológica.^{3,5-7} E pessoas que não fazem terapia tem maior dificuldade em melhorar sua condição social e de trabalho.¹⁸ São fatores de melhor prognóstico: crianças e adolescentes,^{7,25} mulheres, vida independente, com terapia psicológica adequada, maior nível de inteligência, ausência de epilepsia concomitante, EEG

normal.^{6,7} São fatores de pior prognóstico: longa história de crises não epiléticas, história familiar de epilepsia, desemprego, epilepsia concomitante, longa história de distúrbios psiquiátricos.⁶

Finalmente, gostaria de enfatizar que ataques de natureza psicogênica são comuns na sociedade moderna. Por essa razão, tais pacientes ao invés de serem considerados como falsos doentes, quando identificados deveriam ser encaminhados para clínicas apropriadas

6. CONCLUSÃO

Com as informações clínico-epidemiológicas obtidas neste estudo, observa-se que crises psicogênicas são tão comuns em nosso meio, quanto em outras sociedades, e que apesar de suas características peculiares que as diferem de crises epilêpticas, elas continuam sendo diagnosticadas erroneamente, propiciando iatrogenias terapêuticas.

A pesquisa de abuso sexual deveria ser realizada em todos aqueles pacientes com diagnóstico de *epilepsia refratária*; pois este dado sugere uma natureza psicogênica das crises exibidas por pacientes em particular; principalmente se for do sexo feminino.

Distúrbios emocionais de tipos e intensidades variáveis, devem ser interrogados em todos os pacientes com crises incontroláveis, pois muito freqüentemente desencadeiam ataques psicogênicos erroneamente diagnosticados como epilêpticos.

7. REFERÊNCIAS

1. Krumholz A, Niedermeyer E. Psychogenic seizures: a clinical study with follow-up data. *Neurology* 1983; 33:498-502.
2. . Pakalnis A, Drake ME, Phillips B. Neuropsychiatric aspects of psychogenic status epilepticus. *Psychosomatics* 1991; 41:1104-6.
3. Jagoda A, Riggio S. Psychogenic convulsive seizures. *Am J Emerg Med* 1993; 11(Supl 6):626-32.
4. Bendadit SR, Stagno SJ, Kosalko J, Friedman AL. Psychogenic seizures; a guide for patients and families. *J Neurosci Nurs* 1994; 26(Supl 5):306-8
5. Riggio S. Psychogenic seizures. *Emerg Med Clin North Am* 1994; 16(Supl 4): 524-30 .
6. Chabolla DR, Kranhn LE, Rummans TA,. Psychogenic nonepileptic seizures. *Mayo Clin Proc* 1996; 71(Supl 5):493-500.
7. Lesser RP. Psychogenic seizures. *Neurology* 1996; 46(Supl 6):1499-507.
8. Arnold LM, Privitera MD. Psicopathology and trauma in epileptic and psychogenic seizures patients. *Psychosomatics* 1996; 37(Supl 5):438-43.
9. Shen W, Bowman ES, Markand ON. Presenting the diagnostic of pseudoseizures. *Neurology* 1990; 40:756-9.
10. Bartz JJ, Prigatano GP, Blum D, Fisher RS. Diferential response characteristics in nonepileptic and epileptic seizure patients an a test of verbal learnig and memory. *Neurology* 1995; 45:2029-34.
11. Leis AA, Ross MA , Summers AK. Psychogenic seizures: ictal characteristics and diagnostic pitfalls. *Neurology* 1992; 42:95-9.

12. Tomb DA. Psychogenic seizures. *Neurology* 1992; 42(supl 9):1848-9.
13. Leis AA. Psychogenic seizures. *Neurology* 1992; 42(Supl 1):1128-9.
14. Desai BR, Porter RJ, Penry JK. Psychogenic seizures. *Arch Neurol* 1982; 39:202-9.
15. Wanderzant CU, Giordani B, Bernt S, Drefass FE, Sackellares JC. Personality of patients with pseudoseizures. *Neurology* 1986; 36:664-8.
16. Min LL, Fidaldo JG. Crise epiléptica ou crise psicogênica?: um diagnóstico nem sempre fácil de se firmar. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 1992; 22(Supl 2/3):149-150.
17. Lelliott PT, Fenwick P. Cerebral pathology in pseudoseizures. *Acta Neurol Scand* 1991; 83:129-32.
18. Romani V, Girgeoti L, Hicking E. Letters to the editor. *Epilepsia* 1996; 37(Supl 4):416-7.
19. Rechlin T, Loew TH, Joraschky P. Pseudoseizures "status". *J Psychosom Res* 1997; 42(Supl 5):495-8.
20. Sayg S, Kutz A, Marks DA, Spencer SS. Frontal lobe partial seizures and psychogenic seizures: comparison of clinical and ictal characteristics. *Neurology* 1992; 42:1274-7.
21. Lesser RP, Lueders H, Dinner DS. Evidence for epilepsy is rare in patients with psychogenic seizures. *Neurology* 1983; 33:502-4.
22. Buchanan N, Penna C. Non-epilepsy - a clinical perspective. *Med J Austral* 1991; 155:464-8.
23. Walczak TS, Rubinsky M. Plantar response after epileptic seizures. *Neurology* 1994; 44(Supl 11):2191-3.

24. Wyllie E, Firedman D, Lüders H, Morris H, Rotter D, Turnbull J. Outcome of psychogenic seizures in children and adolescents compared with adults. *Neurology* 1991; 41:742-4.
25. Bendadis SR. Psychogenic seizures. *Neurology* 1997; 48:788.

NORMAS

Para a elaboração deste trabalho, seguiu-se a normatização dos trabalhos científicos regida pela resolução número 001/97 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da UfSC, que por sua vez foi elaborada segundo a Convenção de Vancouver, Canadá. Os nomes dos periódicos foram abreviados conforme os critérios da ISSO (International Serials Data System & International Organization for Standardization).

RESUMO

Objetivo: Obter informações epidemiológicas locais sobre crises psicogênicas e compara-las com a literatura, além de descrever características clínicas destas.

Método: Este é um estudo retrospectivo e transversal, realizado na Clínica Multidisciplinar de Epilepsia do S.U.S., na cidade de Florianópolis, estado de Santa Catarina. Foram separados e analisados, somente os prontuários com diagnóstico final de crise psicogênica.

Resultados: Foram encontrados 1033 prontuários com diagnósticos de ataques, dos quais 94 (9,1%) tiveram diagnóstico de crise psicogênica. Destes 77 (82%) eram do sexo feminino e 17 (18%) do masculino. Havia pacientes de 5 a 74 anos de idade, com média de 39,1 anos. A idade de início das crises ficou entre 5 e 57 anos, média de 22 anos. Quando pesquisada história de abuso sexual, 8 (8,5%) pacientes relataram terem sido vítimas de tal fato, e 40 (42,5%) pacientes queixavam-se de distúrbios emocionais. Apenas 1 (1%) paciente relatou tentativa de suicídio. Dos 94 pacientes, 49 realizaram EEG, onde 40 (72,2%) apresentaram tal exame normal e 9 (18,4%) apresentaram alguma alteração. A TAC foi realizada em 33 pacientes, com 24 (72,2%) pacientes tendo laudo normal, 6 (18,2%) evidenciando-se neurocisticercose e 3 (9,1%) mostrando outras alterações. Com relação ao uso de D.A.Es, observou-se que 46 (47,9%) pacientes já utilizaram pelo menos um tipo de D.A.Es.

Conclusão: As informações obtidas mostraram que a epidemiologia local das crises psicogênicas é semelhante aos relatos encontrados na literatura, e que

muitos pacientes com crises psicogênicas foram medicados com D. A.Es .

SUMMARY

Objective: To get local clinical and epidemiological information about psychogenic seizures and compared with previous datas from literature review. Also, we intend to describe clinical features related to of psychogenic seizures.

Method: This is a retrospective and transverse study, carry out in the Multidisciplinary Epileptical Clinic of N.H.S, in Florianópolis , Santa Catarina/Brazil. The medical notes from patients having psychogenic seizures were submitted to extensive evaluation.

Results: We found 1033 medical notes from patients with all kind of seizures. From that, 94 (9,1%) had the diagnostic of psychogenic seizures. The number of female patients was 77 (82%) and male was 17 (18%). There were patients from 5 to 74 years old, and average of 39,1 years. The age of seizures beginning was 5 to 57 years old, and average of 22 years. When looked for sexual abuse, 8 (8,5%) patients report have been victim of sexual abuse, and 40 (42,5%) complained about emotional disturbance. Just 1 patient tried suicide. From all sample, 49 realized EEG, and 40 (72,2%) showed normal exam, and 9 (18,4%) had abnormal EEG. The CT scan was performed in 33 patients, with 24 (72%) having normal, 6 (18,4%) showing neurocysticercosis, and 3 (9,1%) with other minor abnormalities. It was noticed that, 46 (47,9%) patients were in use of anti-epileptic drugs.

Conclusion: Our data, showed that, the clinical and epidemiological aspects of psychogenic seizures is similar to the reports founded in literature, and many patients suffering from psychogenic seizures used to be taking anti-epileptic drugs.

TCC
UFSC
CM
0351

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0351

Autor: Ferro, Juliano Bal

Título: Crises psicogênicas : um estudo



972803852

Ac. 253503

Ex.1 UFSC BSCCSM